



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, Suite 420
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone : 613-569-5602
Facsimile : 613-569-9670

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée**

**Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie modifiée destinée au public

Date(s) du rapport	Numéro d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
Le 18 août 2016	2016_289550_0015 (A2)	008281-16	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes

Titulaire de permis
COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSEL
59, rue Court, Case postale 304, L'Orignal ON K0B 1K0

Foyer de soins de longue durée
RÉSIDENCE PRESCOTT et RUSSEL
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY ON K6A 1W7

Nom de l'inspectrice
JOËLLE TAILLEFER (211) – (A2)

Résumé de l'inspection modifié

La date de conformité à l'OC n° 001 relatif au paragraphe 8 (3) est prorogée au 31 octobre 2016.

Émis le 18 août 2016 (A2)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée**

**Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, Suite 420
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone : 613-569-5602
Facsimile : 613-569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Copie modifiée destinée au public

Date(s) du rapport	Numéro d'inspection	N° de registre	Type d'inspection
Le 10 août 2016	2016_289550_0015 (A1)	008281-16	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Le 18 août 2016	2016_289550_0015 (A2)	008281-16	Inspection de la qualité des services aux personnes résidentes
Titulaire de permis COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSEL 59, rue Court, Case postale 304, L'Original ON K0B 1K0			
Foyer de soins de longue durée RÉSIDENCE PRESCOTT et RUSSEL 1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY ON K6A 1W7			
Nom des inspectrices JOELLE TAILLEFER (211) ANGELE ALBERT-RITCHIE (545) JOANNE HENRIE (550) MÉLANIE SARRAZIN (592) JOANNE HENRIE (550) – (A1) JOËLLE TAILLEFER (211) – (A2)			

Résumé de l'inspection modifié

Il s'agit d'une inspection de la qualité des services aux personnes résidentes.

L'inspection a été effectuée aux dates suivantes : 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 et 29 avril 2016.

Cette inspection comprenait également deux plaintes sous les numéros de registre 005255-16 et 002306-16 concernant des problèmes de dotation en personnel, et une plainte sous le numéro de registre 021744-15 concernant les soins liés à la continence, et un rapport d'incident critique sous le numéro de registre 013065-16 concernant des allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel d'une personne résidente par une autre.

Au cours de l'inspection, l'inspectrice ou les inspectrices se sont entretenues avec les personnes suivantes : administratrice du foyer, directrice des soins (DDS), superviseure du service d'alimentation/responsable des loisirs et des programmes, physiothérapeute, coordonnatrice du système RAI-MDS, coordonnatrice des soins cliniques, plusieurs infirmières autorisées (IA), plusieurs infirmières auxiliaires autorisées (IAA), plusieurs préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), technicienne des programmes, préposés au service d'alimentation, aide-ménagères, auxiliaires de buanderie, membres du personnel d'entretien, réceptionniste, adjointe administrative, familles et personnes résidentes.

De plus, les inspectrices ont examiné des dossiers médicaux de personnes résidentes, les politiques relatives à la dotation en personnel, aux moyens de contention, aux objets perdus, au planning du personnel, les procès-verbaux du conseil des résidents et du conseil des familles. Les inspectrices ont observé les soins et les services aux personnes résidentes, l'interaction entre le personnel et les personnes résidentes, et les services des repas.

Les protocoles d'inspection suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Services d'hébergement – entretien ménager

Services d'hébergement – buanderie

Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence

Dignité, choix et vie privée

Observation de la restauration

Prévention des chutes

Conseil des familles

Hospitalisation et changement de l'état de santé

Prévention et contrôle des infections

Médicaments

Recours minimal à la contention

Nutrition et hydratation

Douleur

Services de soutien personnel

Prévention des mauvais traitements, de la négligence et des représailles

Conseil des résidents

Comportements réactifs

Foyer sûr et sécuritaire

Dotation en personnel suffisante

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

12 AE

5 PRV

2 OC

0 RD

0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions****AE** — Avis écrit**PRV** — Plan de redressement volontaire**RD** — Renvoi de la question au directeur**OC** — Ordres de conformité**OTA** — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté. (Une exigence de la LFSLD comprend les exigences qui font partie des éléments énumérés au paragraphe 2 (1) de la LFSLD, sous l'intitulé « exigence prévue par la présente loi »).

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 8 de la LFSLD 2007. Services infirmiers et services de soutien personnel

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 8 (3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

La Résidence Prescott et Russel est un foyer de soins de longue durée de 146 lits.

Un examen du planning du personnel infirmier autorisé de la Résidence Prescott et Russel pour la période du 3 janvier au 27 février 2016, et une entrevue avec la surveillante des soins infirmiers indiquaient que les quarts de travail suivants étaient mentionnés comme n'ayant pas d'IA présent(e) au foyer :

5 janvier 2016, quart de travail du soir de 15 h à 23 heures,
21 et 28 janvier 2016, quart de travail de nuit, de 23 h à 7 heures,
5, 8 et 9 février 2016, quart de travail de nuit, de 23 h à 7 heures,
27 février 2016, quart de travail de jour de 7 h à 15 heures, et de nuit de 23 h à 7 heures.

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Une entrevue avec la préposée d'unité n° 147 a révélé qu'aucune des absences n'était due à une situation d'urgence. Les quarts de travail susmentionnés concernaient des vacances d'IA, une fin de semaine de congé ou un appel pour prendre un congé de maladie plus de 13 heures avant le début du quart de travail.

Une entrevue avec la surveillante des soins infirmiers a révélé qu'il n'y avait pas d'IA au foyer pendant les quarts de travail susmentionnés. La surveillante a de plus indiqué à l'inspectrice n° 211 que les quarts de travail susmentionnés n'étaient pas considérés comme des urgences en rapport avec une situation imprévue.

La portée et la gravité de cette non-conformité ont été examinées. La totalité des quarts de travail mentionnés était surtout des quarts de travail de nuit. L'absence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé, qui connaît bien les personnes résidentes hébergées dans le foyer de soins de longue durée, constitue potentiellement un risque pour la sécurité des personnes résidentes, et a une incidence sur chaque personne résidente du foyer.

Cette constatation de non-conformité concerne deux plaintes ayant les n^{os} de registre 002306-16 et 005255-16, relatives à des problèmes de dotation en personnel. [Par. 8 (3)]

Autres mesures requises :

L'ordre de conformité n° 001 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter à « l'ordonnance ou aux ordonnances de l'inspectrice ».

(A2) L'ordre suivant a été modifié : OC n° 001.

**AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 9 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Portes**

En particulier il ne s'est pas conformé à ce qui suit :

Par. 9 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermées et verrouillées,**
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,**
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :**

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).

Par. 9 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).

Faits saillants :

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à la règle suivante : toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, étaient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui était branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, comme la porte principale du foyer.

Les portes principales d'entrée et de sortie donnant sur la rue Cartier et le terrain de stationnement se trouvaient dans la zone du hall. On gardait la porte intérieure fermée et verrouillée, et la réceptionniste faisait entrer les personnes résidentes et les visiteurs en appuyant sur un bouton sous le comptoir d'accueil. Un code d'accès identifié par le clavier numérique qui se trouvait près de la porte principale était visible et utilisé par les personnes résidentes et les visiteurs quand la réceptionniste n'était pas disponible, par exemple du lundi au vendredi de 19 h à 8 h 30, et le samedi et le dimanche entre 19 h et 11 h. La porte intérieure donnait sur un vestibule et la porte extérieure du vestibule donnait sur l'extérieur. La porte extérieure du vestibule était gardée fermée et non verrouillée. On remarquait dans le vestibule un bouton vert avec un écriteau portant la mention « appuyer sur le bouton vert pour déverrouiller la porte ».

La porte intérieure (porte principale) est le point d'activation de l'alarme en place pour la sortie principale du foyer.

Le 25 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a entré le code d'accès dans le clavier numérique près de la porte d'entrée principale, au bout de 54 secondes l'alarme a retenti et s'est arrêtée après quelques secondes. La réceptionniste n° 135 assise au comptoir d'accueil près de la porte d'entrée principale a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait annulé l'alarme en appuyant sur un bouton qui se trouve sous le comptoir d'accueil. Elle a de plus mentionné que ce bouton déverrouillait la porte, et annulait également l'alarme. Elle a indiqué que l'on pouvait aussi annuler l'alarme au point d'activation en entrant le même code d'accès que celui que l'on utilise pour sortir par la porte. L'inspectrice a déclenché l'alarme de la porte une deuxième fois, et a été incapable d'annuler l'alarme au point d'activation. Le membre du personnel du service d'entretien n° 102 est arrivé à la porte principale et a essayé d'annuler l'alarme au point d'activation en entrant le code d'accès, mais en a été incapable. La porte est restée verrouillée et l'alarme a continué de sonner. Lorsqu'un visiteur dans le vestibule a appuyé sur le bouton vert afin de déverrouiller la porte pour entrer dans le foyer, la porte d'entrée principale s'est déverrouillée et l'alarme a alors été annulée. On a déterminé qu'au moment de l'observation, à part d'utiliser le bouton du comptoir d'accueil, pour annuler l'alarme de la porte principale, le personnel devait sortir du bâtiment par une autre porte, puis entrer dans le vestibule et appuyer sur le bouton vert pour annuler l'alarme et déverrouiller la porte.

La réceptionniste n° 135 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle annulait l'alarme de la porte principale plusieurs fois par jour à l'aide du bouton situé sous le comptoir d'accueil. Elle a ajouté qu'elle avait essayé par le passé d'utiliser le code d'accès au point d'activation, et qu'elle avait remarqué que cela ne fonctionnait pas. Elle a indiqué de plus que quand elle quittait le comptoir d'accueil pendant la journée, personne ne la remplaçait pendant son absence.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

Le membre du personnel du service d'entretien n° 102 a indiqué à l'inspectrice que l'alarme de la porte principale n'était pas branchée sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ni à un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte. Il a indiqué qu'il croyait que le son s'entendait partout au rez-de-chaussée, ainsi qu'au deuxième étage. L'alarme a retenti une nouvelle fois, et le membre du personnel du service d'entretien et l'inspectrice ont quitté l'entrée principale pour aller vers le poste infirmier le plus proche situé à côté de la salle de physiothérapie, et près de l'Unité Spence, et ils entendaient à peine le son de l'alarme. L'inspectrice n° 592 qui se trouvait au deuxième étage donnant sur la rue Cartier n'a pas entendu l'alarme de la porte principale.

L'administratrice a expliqué que le foyer n'avait pas considéré la porte principale comme une porte donnant sur l'extérieur, parce qu'elle ne donnait pas immédiatement et directement sur l'extérieur à cause du vestibule qui se trouvait entre les portes intérieure et extérieure. Par conséquent, on n'avait pas branché l'alarme de la porte principale au système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ni à un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à la porte. L'administratrice a indiqué de plus qu'elle ne savait pas que la porte principale n'était pas dotée d'une alarme qui permettait d'annuler les appels seulement au point d'activation, elle savait toutefois que la réceptionniste annulait l'alarme à l'aide du bouton situé au comptoir d'accueil.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes du foyer, en particulier les portes du sous-sol qui donnent sur l'extérieur fussent gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branché sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ou branché sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, car les personnes résidentes ont accès à cette aire non résidentielle du foyer.

L'inspectrice n° 545 a été informée que le sous-sol était une aire non résidentielle du foyer, et que l'on ne pouvait y accéder qu'en entrant un code d'accès sur un clavier numérique qui se trouve dans l'ascenseur. On a également informé l'inspectrice que l'on ne donnait pas le code d'accès ni une clé magnétique aux personnes résidentes.

Le 20 avril 2016, les inspectrices n^{os} 592 et 545 ont examiné l'ascenseur n° 1 : l'inspectrice n° 592 était au troisième étage et l'inspectrice n° 545 était au sous-sol. L'inspectrice n° 545 a appelé l'ascenseur n° 1 à partir du sous-sol en appuyant sur le bouton comportant une flèche dirigée vers le haut. L'inspectrice n° 592 attendait dans l'ascenseur n° 1, au troisième étage; la personne résidente n° 031 est entrée dans l'ascenseur et a appuyé sur le bouton du premier étage. L'ascenseur est descendu au premier étage, la personne résidente est sortie de l'ascenseur, un membre d'une famille est entré dans l'ascenseur et cette personne a indiqué qu'elle allait au troisième étage. Après avoir appuyé sur le bouton du troisième étage, un voyant rouge s'est allumé sur le bouton; le bouton du sous-sol n'était pas allumé pour indiquer que l'ascenseur s'y rendait. L'ascenseur est descendu au sous-sol, qui est une aire non résidentielle du foyer, et les portes se sont ouvertes. L'inspectrice n° 545

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée

a observé cette aire non résidentielle du foyer et a remarqué qu'il y avait quatre portes non verrouillées qui donnaient sur l'extérieur, que le personnel utilisait pour entrer et sortir du foyer.

La personne résidente n° 036 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle utilisait régulièrement un ascenseur ou l'autre pour aller du troisième au premier étage, et qu'à maintes reprises elle se retrouvait au sous-sol sans avoir appuyé sur le bouton. Elle a de plus indiqué qu'une fois au sous-sol, la porte de l'ascenseur s'ouvrait sur le sous-sol et qu'à une occasion il n'y avait personne à l'extérieur de l'ascenseur, ce qui donnait accès à une aire interdite au public.

La personne résidente n° 042 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle utilisait régulièrement un ascenseur ou l'autre pour aller du troisième étage au rez-de-chaussée pour les repas. Elle a indiqué qu'à maintes reprises, les ascenseurs descendaient au sous-sol sans que l'on ait appuyé sur le bouton, elle a ajouté que le personnel du service d'entretien lui avait dit que l'on donnait priorité à quiconque appelait l'ascenseur à partir du sous-sol. La personne résidente n° 042 a indiqué de plus qu'à maintes reprises, lorsque les portes de l'ascenseur s'ouvraient au sous-sol il n'y avait personne à l'extérieur des portes de l'ascenseur, ce qui donnait accès à une aire interdite au public. La personne résidente a indiqué à l'inspectrice qu'elle connaissait le code d'accès de l'ascenseur pour se rendre au sous-sol, en ajoutant que même s'il n'était pas écrit c'était le même que celui des autres portes de sortie du foyer, pour lesquelles un autocollant comportant le code se trouvait juste au-dessous du clavier numérique. La personne résidente a de plus indiqué qu'elle s'était rendue toute seule au sous-sol, principalement pour parler au personnel de la buanderie concernant des problèmes au sujet de ses vêtements.

Au sous-sol, les portes suivantes qui donnaient sur l'extérieur du foyer étaient fermées, mais n'étaient pas verrouillées, elles n'étaient pas dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et elles n'étaient pas dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branchée sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ou qui n'était pas branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, car les personnes résidentes avaient accès à cette aire non résidentielle du foyer :

- a) Porte donnant sur une cage d'escalier qui donnait ensuite sur un ensemble de doubles portes extérieures au rez-de-chaussée. Il convient de remarquer qu'un écriteau rouge indiquant « cette porte est munie d'une alarme, utiliser en cas d'urgence seulement » était placé sur les doubles portes, mais quand l'inspectrice les a laissées ouvertes le 21 avril 2016 à 15 h 47, aucune alarme audible n'a été déclenchée. Cette porte extérieure donne sur le terrain de stationnement et la rue Cartier, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en utilisant une clé magnétique.
- b) La porte n° 051 était située près du couloir principal du sous-sol et donnait sur l'aire occupée par le personnel d'entretien, qui donnait ensuite sur une cage d'escalier et sur une porte extérieure au rez-de-chaussée. Cette porte extérieure donnait sur le kiosque du foyer et sur un ravin, ainsi que sur le terrain de stationnement et la rue Cartier, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer par la même porte, car elle était verrouillée.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

- c) La porte de sortie n° 14 était située près de la salle du personnel on y avait accès par une porte fermée non verrouillée. Cette porte extérieure donnait sur un terrain de stationnement et sur la rue Spence, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en utilisant la clé magnétique, car la porte était verrouillée.
- d) La double porte de sortie n° 19 était située au fin fond du sous-sol près du quai de réception et d'expédition. Cette porte extérieure donnait sur un terrain de stationnement et sur la rue Spence, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en appuyant sur le bouton vert près de la porte pour alerter le personnel, car la porte était verrouillée.

Au cours d'une entrevue, le membre du personnel du service d'entretien n° 129, qui était l'un des plus anciens membres de ce service, a indiqué que la totalité des quatre portes susmentionnées, en particulier les portes du sous-sol donnant sur l'extérieur, étaient gardées fermées, mais pas verrouillées entre 20 h et 5 heures. Il a de plus indiqué qu'elles étaient dotées d'un système de contrôle d'accès, mais qu'il n'était pas sous tension en tout temps, seulement entre 20 h et 5 heures. Le membre du personnel du service d'entretien n° 129 a activé les alarmes de toutes les portes en présence de l'administratrice et de l'inspectrice en entrant un code d'accès dans une console située au poste infirmier/des PSSP, et l'on a entendu une alarme de porte audible. Pour annuler l'alarme, le membre du personnel du service d'entretien a entré de nouveau le même code d'accès dans la console située au poste infirmier/des PSSP. Il a confirmé que ces portes étaient branchées à un panneau de contrôle audiovisuel qui est lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte, mais que les portes n'étaient pas dotées d'une alarme de porte audible qui permettait d'annuler les appels seulement au point d'activation, et que chaque porte n'était pas dotée non plus d'un interrupteur de réarmement manuel.

L'absence de sécurité dans l'ascenseur et l'accès à des portes non verrouillées et non munies d'alarme constituent un risque potentiel pour les personnes résidentes du foyer. Ces portes du sous-sol se verrouillent effectivement de l'extérieur, ce qui ajoute un autre degré de risque, car les personnes résidentes pourront sortir par ces quatre portes, et néanmoins ne seront pas en mesure de revenir à l'intérieur du foyer. (545)

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 18 avril 2016 à 9 h 39, pendant la première visite d'inspection, l'inspectrice n° 545 a observé la salle de physiothérapie du foyer (salle n° 1114) qui se trouve au rez-de-chaussée, à proximité de l'ascenseur, en face de la cafétéria (grande salle à manger) et dont la porte était ouverte et non verrouillée. Il n'y avait pas de personnes résidentes ni de personnel dans la salle au moment de l'observation. L'inspectrice a remarqué sur un comptoir une machine d'enveloppement humide chaud Hydrocollator en cours d'utilisation. L'extérieur de la machine était très chaud au toucher, et l'intérieur rempli d'eau très chaude contenait deux enveloppements chauds. On remarquait trois vélos stationnaires ainsi que des barres parallèles.

Lors d'une entrevue, l'assistante en physiothérapie a indiqué que la porte de la salle de physiothérapie devrait être fermée et verrouillée en tout temps quand la salle n'est pas utilisée, en raison des risques potentiels de blessure aux personnes résidentes, comme la machine d'enveloppement humide chaud Hydrocollator que l'on utilise toujours et dont la température de l'eau était de 160 degrés Fahrenheit

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

(ou 71 degrés Celsius) quand on l'a prise avec le thermomètre du foyer en présence de l'inspectrice. L'assistante en physiothérapie a indiqué de plus que l'équipement de la salle présentait également des risques potentiels de blessure pour les personnes résidentes, il a ajouté que lorsqu'on n'utilisait pas la salle, la porte était toujours fermée et verrouillée.

La superviseure du service d'alimentation et superviseure intérimaire des services de l'environnement a indiqué que la salle de physiothérapie était dotée d'un verrou pour empêcher les personnes résidentes d'y avoir accès sans supervision, et qu'elle devrait être fermée et verrouillée quand on ne l'utilise pas.

La superviseure du service d'alimentation et superviseure intérimaire des services de l'environnement a indiqué que le sous-sol était une aire non résidentielle, et que les portes donnant sur cette aire étaient dotées de verrous pour empêcher les personnes résidentes d'y avoir accès sans supervision.

Les membres du personnel du service d'entretien n^{os} 102 et 129 ont indiqué que le sous-sol était une aire non résidentielle à laquelle le personnel accédait avec un code dans l'ascenseur ou par les escaliers. Ils ont indiqué que les personnes résidentes avaient effectivement accès au sous-sol principalement pour se rendre à la buanderie. Ils ont tous deux indiqué que la porte de l'atelier était gardée verrouillée afin d'empêcher que les outils disparaissent, mais aussi pour empêcher un accès non supervisé par les personnes résidentes quand le personnel n'assurait pas la supervision de l'atelier. Le membre du personnel du service d'entretien n^o 129 a indiqué que de nombreux outils électriques étaient facilement accessibles dans l'atelier et pourraient constituer un risque de blessure pour les personnes résidentes.

Le 21 avril 2016 à 14 h 19, l'inspectrice n^o 545 a remarqué que la porte de l'atelier de maintenance au sous-sol (n^o 055) était ouverte et déverrouillée. Il n'y avait pas de membre du personnel dans la partie avant de l'atelier où des outils électriques étaient facilement accessibles. Il n'y avait personne dans le bureau à l'arrière de l'atelier, par conséquent la porte qui donnait sur l'aire non résidentielle n'était pas verrouillée et n'était pas supervisée par du personnel.

L'administratrice et la superviseure du service d'alimentation qui remplaçait la superviseure intérimaire des services de l'environnement ont indiqué à l'inspectrice n^o 545 qu'elles étaient au courant que les personnes résidentes pouvaient arriver par inadvertance au sous-sol, qui est une aire non résidentielle, sans avoir entré le code d'accès dans l'ascenseur, par conséquent toute porte non verrouillée quand elle n'est pas supervisée par du personnel, n'empêcherait pas un accès non supervisé par les personnes résidentes, par exemple pour se rendre à l'atelier d'entretien. (545)

Autres mesures requises :

L'ordre de conformité n^o 002 sera signifié au titulaire de permis. Se reporter à « l'ordonnance ou aux ordonnances de l'inspectrice ».

(A1) L'ordre suivant a été modifié : OC n^o 002.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD, 2007.

Programme de soins

En particulier il ne s'est pas conformé à ce qui suit :

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit adopté, pour chaque personne résidente, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour la personne résidente;
- b) les objectifs que visent les soins;
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Un examen des notes d'évolution indiquait qu'une marche à suivre en matière de continence avait été mise en place pour la personne résidente n° 023 à une date identifiée concernant des problèmes de continence. On avait cessé l'application de la marche à suivre en matière de continence à une date identifiée, et on l'avait rétablie trois jours plus tard.

Un examen d'un courriel du médecin à une date identifiée, et signé par lui deux jours plus tard, indiquait de conserver la même intervention en matière de continence.

Un examen d'un courriel du médecin un mois après, et signé par lui quatre jours plus tard, indiquait de commencer la marche à suivre en matière de continence pour la personne résidente n° 023.

Un examen, à une date identifiée, du programme de soins écrit de la personne résidente n° 023, et des entrevues avec l'IAA n° 114 et la PSSP n° 115 révélèrent que le programme de soins n'indiquait pas que la personne résidente nécessitait une intervention spécifique pour des soins liés à l'incontinence.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

Lors d'une entrevue, l'IAA n° 114 a indiqué que la mise à jour du programme de soins écrit pour les personnes résidentes est inscrite à la main dans le programme de soins en vigueur qu'on laisse dans un cartable au poste infirmier. La mise à jour manuscrite est ajoutée au prochain programme de soins écrit lors de la révision trimestrielle. L'IAA a révélé que le programme de soins écrit dans le cartable n'avait pas été mis à jour à la main concernant l'intervention en matière de continence pour la personne résidente.

La directrice des soins a confirmé que le programme de soins écrit de la personne résidente n° 023 n'énonçait pas les soins prévus, les objectifs et l'intervention en matière de continence. [Par. 6 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque les besoins de la personne résidente en matière de soins évoluent ou que les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

L'inspectrice n° 550 a observé au déjeuner la PSSP n° 133 qui encourageait la personne résidente n° 006 à s'alimenter. La personne résidente mettait une cuillerée dans sa bouche et reposait ensuite la cuillère sur la table. La PSSP devait donner des encouragements entre chaque cuillerée à la personne résidente pour qu'elle mange, car elle ne mangeait pas toute seule. Après avoir pris trois cuillerées, la personne résidente ne mangeait pas toute seule même lorsque la PSSP l'encourageait. La personne résidente était assise sur une chaise, les yeux fermés. La PSSP a dû faire manger physiquement le reste du repas à la personne résidente.

Lors d'une entrevue, les PSSP n°s 132 et 133 ont toutes deux indiqué à l'inspectrice que la personne résidente n° 006 nécessite désormais d'être nourrie par le personnel pendant la majorité du repas. Elles ont indiqué que, quelques mois auparavant, elle était en mesure de se nourrir quand le personnel l'encourageait, mais qu'elle n'en est plus capable maintenant en raison de la progression de sa déficience cognitive. La personne résidente prend quelques cuillerées toute seule quand elle est guidée par le personnel, mais il faut lui faire manger le reste du repas, car elle ne mangerait pas.

L'inspectrice a examiné le programme de soins de la personne résidente n° 006 daté d'une date identifiée, et a remarqué dans les documents la mention que la personne résidente nécessite de la supervision pendant les repas, et que le personnel doit avoir l'initiative de cette tâche.

Comme le démontre ce qui précède, le programme de soins de la personne résidente n° 006 n'a pas été examiné ni révisé quand ses besoins en matière de soins ont évolué. [Alinéa 6 (10)b]

3. Lors d'une date identifiée, le foyer a reçu une plainte d'un membre d'une famille concernant les soins liés à la continence de la personne résidente n° 052. Le conjoint/la conjointe de la personne résidente n° 052 s'est plaint(e) que quand il/elle avait demandé au personnel du quart de travail du soir d'amener son conjoint/sa conjointe aux toilettes, le membre du personnel des services de soutien à la personne lui avait dit que la personne résidente devait éliminer dans le produit pour incontinence et que l'on changerait ensuite la personne au lit.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

Un examen des dossiers médicaux de la personne résidente n° 052 indiquait que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait plusieurs états pathologiques, dont une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé. Le programme de soins de la personne résidente pour un mois spécifique indiquait, à la rubrique de l'élimination, d'amener la personne résidente à la salle de bains à sa demande, avec l'aide de deux membres du personnel. Le programme de soins de la personne résidente indiquait de plus à la rubrique des transferts que les transferts de la personne résidente s'effectuent avec l'aide de deux membres du personnel, et d'utiliser l'équipement spécifié au besoin.

Un examen du rapport de plainte et des commentaires fourni par l'infirmière surveillante indiquait qu'après enquête du foyer, les membres du personnel des quarts de travail du soir n'emmenaient plus la personne résidente n° 052 aux toilettes à cause de sa faiblesse générale, et parce qu'elle n'avait pas des vêtements adaptables pour faciliter son transfert sur la toilette. Le rapport indiquait de plus que la pratique de ne pas amener la personne résidente n° 052 aux toilettes faisait partie de la routine de la personne résidente le soir depuis plus d'un mois.

Lors d'une entrevue, l'infirmière surveillante qui a assuré le suivi de la plainte a dit à l'inspectrice n° 592 qu'à la suite de l'enquête du foyer, les membres du personnel du quart de travail du soir lui avaient dit qu'ils avaient pris sur eux de décider de ne pas amener la personne résidente n° 052 aux toilettes en raison de sa faiblesse et du fait qu'elle n'avait pas de vêtements adaptés. L'infirmière surveillante a indiqué que depuis que l'incident s'est produit, le conjoint/la conjointe a apporté des vêtements adaptables pour la personne résidente et que les membres du personnel amenaient la personne résidente n° 052 aux toilettes conformément à sa demande.

Par conséquent, la personne résidente n° 052 n'avait pas fait l'objet d'une réévaluation, et son programme de soins n'avait pas été révisé lorsque ses besoins en matière de soins avaient évolué. [Alinéa 6 (10)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle il veille à ce que le programme de soins écrit de la personne résidente n° 023 soit révisé pour inclure les soins liés à la continence en mentionnant les objectifs et les interventions, à ce que l'on fournisse à la personne résidente n° 052 des soins liés à l'incontinence selon ce qui est spécifié dans le programme de soins, et à ce que le programme de soins de la personne résidente n° 006 corresponde à ses besoins pour s'alimenter. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 17 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Système de communication bilatérale**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 17 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

- a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- b) il est sous tension en tout temps; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- c) il permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- d) il est accessible à partir de chaque lit, cabinet d'aisances, salle de bain et salle de douche qu'utilisent les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- e) il est disponible dans toute aire à laquelle ont accès les résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- f) il indique clairement, lorsqu'il est activé, d'où provient le signal; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**
- g) dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, il est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 17 (1).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel soit disponible dans toute aire à laquelle ont accès les personnes résidentes.

Lors de la première visite d'inspection le 19 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a observé le Bistro (salle 1138) du foyer, situé au rez-de-chaussée en face de la cafétéria (grande salle à manger), où 12 personnes résidentes et 2 membres du personnel participaient à un cours de conditionnement physique. L'inspectrice n'a pas pu localiser de système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel.

La préposée d'aide aux activités n° 124 a indiqué qu'il n'y avait pas de système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans le Bistro. Elle a confirmé que le Bistro était une aire commune pour les personnes résidentes et que toute une gamme d'activités y avait quotidiennement lieu.

La superviseure du service d'alimentation, qui assurait le remplacement de la superviseure intérimaire des services de l'environnement le 22 avril 2016, a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'il n'y avait pas de système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans le Bistro, qui est une aire à laquelle ont accès les personnes résidentes. Elle a de plus indiqué qu'en cas d'urgence, le personnel utiliserait le téléphone situé dans le bureau, sous le comptoir, en ajoutant que les personnes résidentes et les visiteurs n'étaient pas censés savoir que l'on pouvait utiliser le téléphone en cas d'urgence. [Alinéa 17 (1)e]

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel qui, dans le cas d'un système doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, est calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre.

Le foyer utilisait un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, ainsi que d'un système de voyants doté de lumières clignotantes et fixes de diverses couleurs. Un voyant d'alarme se trouvait au centre de chaque étage, au poste des PSSP en face du poste infirmier au premier étage, et à côté des ascenseurs et des postes infirmiers aux deuxième et troisième étages.

Lors d'une visite du premier étage le 18 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a observé dans les aires communes suivantes du premier étage, un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dont le personnel ne pouvait pas entendre le son lorsque l'inspectrice l'a activé :

- salle de physiothérapie,
- grande salle à manger (cafétéria) et petite salle à manger,
- toilettes des personnes résidentes près de la grande salle à manger.

Dans la salle de physiothérapie, l'aide-physiothérapeute n° 105 a indiqué que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel n'était pas fonctionnel, toutefois lorsque l'inspectrice n° 545 l'a activé, un petit bouton s'est instantanément allumé au point d'intervention, et un bouton était illuminé dans le couloir à l'extérieur de la salle de physiothérapie. On ne pouvait pas l'entendre de l'intérieur ni de l'extérieur de la salle de physiothérapie. Plus tard, le physiothérapeute n° 110 a indiqué à l'inspectrice qu'il ne savait pas qu'il y avait un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel dans la salle de physiothérapie, et qu'en cas d'urgence il utiliserait le téléphone de la salle de physiothérapie.

Dans la grande salle à manger, l'aide-diététiste n° 106 a indiqué que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel de la grande salle à manger (cafétéria) n'avait jamais été fonctionnel, et qu'à sa connaissance il n'était jamais utilisé par le personnel. Quand on l'a activé, un petit bouton s'est instantanément allumé au point d'activation, et un bouton était allumé au bout du couloir. On ne pouvait pas entendre le son de l'intérieur ni de l'extérieur de la cafétéria.

Au cours d'une entrevue, la superviseure intérimaire des services de l'environnement a confirmé que le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel était doté d'une alarme sonore pour alerter le personnel, toutefois il n'était pas calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. [Alinéa 17 (1)g]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que toutes les aires accessibles aux personnes résidentes sont équipées d'un système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, et qu'il soit calibré de sorte que le personnel puisse l'entendre. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 5 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Exigences : contention au moyen d'un appareil mécanique**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 110 (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

- 1. Les circonstances ayant entraîné le recours à l'appareil mécanique. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 2. Les solutions de rechange envisagées et la raison pour laquelle elles ont été jugées inappropriées. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 3. Le nom de la personne qui a donné l'ordre, l'appareil qui a été ordonné et les instructions ayant trait à l'ordre. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 4. Le consentement. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis ne s'est pas conformé aux exigences de l'article 110 du Règl. de l'Ont. 79/10 concernant la contention au moyen d'un appareil mécanique. En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :**

Par. 110 (7) Le titulaire de permis veille à ce que chaque utilisation d'un appareil mécanique pour maîtriser un résident en vertu de l'article 31 de la Loi soit documentée et, sans préjudice de la portée générale de la présente exigence, il veille à ce que les renseignements suivants soient documentés :

- 5. Le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**
- 6. Toute évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions du résident. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).**

7. Tout dégagement de l'appareil et tout changement de position. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).
8. Le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit et les soins fournis par la suite. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 110 (7).

Les 19, 20, 21 et 22 avril 2016, on a observé la personne résidente n° 040 dans un fauteuil roulant qui portait un type spécifique de ceinture abdominale.

Lors d'un examen des dossiers médicaux de la personne résidente, on constatait qu'elle ne se déplace plus, et que l'on avait évalué qu'elle devait porter une ceinture abdominale quand elle était dans son fauteuil roulant afin de l'empêcher de faire une chute.

Le 21 avril 2016, la PSSP n° 109 a confirmé, lors d'une entrevue avec l'inspectrice n° 592, que la personne résidente n° 040 est tous les jours en fauteuil roulant avec un type spécifique de ceinture abdominale attachée en tout temps. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 qu'autrement la personne résidente essaierait de sortir de son fauteuil roulant, et qu'elle n'est pas capable de marcher. La PSSP a indiqué à l'inspectrice n° 592 que l'on doit contrôler la personne résidente toutes les deux heures pour s'assurer que l'appareil de contention est bien mis. Elle a indiqué de plus que les PSSP devaient documenter quand on mettait l'appareil de contention à la personne résidente, ainsi que l'évaluation, la réévaluation et la surveillance effectuées, le moment du dégagement de l'appareil et du changement de position de la personne résidente, et finalement le moment du retrait de l'appareil. La PSSP n° 109 a indiqué que les membres du personnel doivent documenter ces points en cochant des endroits précis de la feuille de soins au poste infirmier.

Le 21 avril 2016, au cours d'une entrevue, la PSSP n° 108 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'il n'y avait pas d'indication concernant la fréquence de surveillance pour les personnes résidentes qui utilisaient un appareil de contention. Elle a dit à l'inspectrice n° 592 que l'on faisait des vérifications pendant la journée, et que le personnel n'était jamais bien loin pour s'assurer que les personnes résidentes étaient en sécurité. Les membres du personnel devaient documenter, sur une feuille de soins au poste infirmier, quand ils avaient recours à l'appareil de contention et quand son retrait avait lieu.

Au cours d'une entrevue, la PSSP n° 107 a dit à l'inspectrice n° 592 que la personne résidente n° 040 utilisait quotidiennement un type spécifique de ceinture abdominale pour maintenir sa position dans le fauteuil roulant, autrement, elle se penchait souvent en avant et risquait de faire des chutes. La PSSP n° 107 a montré à l'inspectrice n° 592, au poste infirmier, le formulaire de surveillance pour les personnes résidentes ayant des appareils de contention, et elle a dit à l'inspectrice qu'il n'y avait pas d'heures précises pour mentionner le recours à l'appareil de contention et son retrait, mais que le personnel devait les documenter en mettant une coche dans les endroits précis de la feuille de soins lorsque l'on a recours à l'appareil de contention, quand on change de position la personne résidente, et en cas de dégagement ou de retrait de l'appareil de contention. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que l'on s'attend à ce que la surveillance de toutes les personnes résidentes ait lieu toutes les deux heures.

Le programme de soins de la personne résidente n° 040 indiquait le type d'appareil de contention utilisé et la surveillance de la personne résidente lors de chaque quart de travail, mais il ne fournissait pas de lignes directrices claires en matière de réévaluation, et il n'indiquait pas quand il fallait faire un

dégagement de l'appareil et changer la position de la personne résidente ni la fréquence à laquelle effectuer ces deux tâches.

Lors de l'examen des mentions figurant sur la feuille de soins concernant la contention (Formulaire de vérification quotidienne des contentions) utilisée par les PSSP, l'inspectrice n° 592 a remarqué de nombreuses omissions dans la documentation au cours d'un mois pour la personne résidente n° 040. La documentation se lisait comme suit lors d'une période spécifique pour la personne résidente n° 040 :

- On remarquait que l'on avait surveillé la personne résidente n° 040 toutes les heures pendant 5 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que l'on avait surveillé la personne résidente n° 040 toutes les heures pendant 7 quarts de travail du soir sur 19,
- on remarquait que le retrait de l'appareil de contention toutes les deux heures lorsque la personne résidente n° 040 était réveillée était documenté pendant 6 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que le retrait de l'appareil de contention toutes les deux heures lorsque la personne résidente n° 040 était réveillée était documenté pendant 6 quarts de travail du soir sur 19,
- on remarquait que le changement de position de la personne résidente n° 040 toutes les deux heures pendant qu'elle était réveillée était documenté pendant 6 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que le changement de position de la personne résidente n° 040 toutes les deux heures pendant qu'elle était réveillée était documenté pendant 7 quarts de travail du soir sur 19,
- le moment du recours à l'appareil de contention était documenté pendant 6 jours sur 19, et le retrait de l'appareil, y compris le moment où cela se produisait était documenté pendant 3 jours sur 19,
- l'évaluation, la réévaluation et la surveillance de la personne résidente, y compris ses réactions, étaient documentées pendant 5 jours sur 19, et pendant 7 quarts de travail du soir sur 19.

2. Les 19, 20, 21 et 22 avril 2016, l'inspectrice n° 592 a observé que la personne résidente n° 033 avait une ceinture de siège aux fins de contention quand elle était assise dans son fauteuil roulant.

Les dossiers médicaux de la personne résidente n° 033 indiquaient que l'on avait diagnostiqué qu'elle avait une déficience cognitive et d'autres problèmes de santé. Le dossier indiquait que la personne résidente ne se déplaçait plus, et que l'on avait évalué qu'elle nécessitait un type spécifique de ceinture abdominale quand elle était dans le fauteuil roulant afin de l'empêcher de faire des chutes.

Le 22 avril 2016, l'inspectrice n° 592 a interrogé la personne résidente n° 033 qui lui a confirmé qu'elle était incapable de dégager l'appareil, et que celui-ci était en place quand elle était dans le fauteuil roulant. La personne résidente n° 033 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle faisait fréquemment des chutes en essayant de se lever toute seule, et qu'elle restait toute la journée dans le fauteuil roulant à sa demande.

Le 25 avril 2016, au cours d'une entrevue, les PSSP n°s 122 et 123 ont dit toutes deux à l'inspectrice n° 592 que la personne résidente n° 033 est en fauteuil roulant tous les jours et nécessite un type spécifique de ceinture abdominale attachée en tout temps, autrement elle essaierait de sortir de son fauteuil roulant et ferait une chute. Les deux PSSP ont dit à l'inspectrice n° 592 que l'on transfère la personne résidente dans le fauteuil roulant avant le petit déjeuner, et qu'elle passe tout son temps dans le fauteuil roulant pendant la journée.

Le programme de soins de la personne résidente n° 033 indiquait le type d'appareil de contention utilisé, mais il ne fournissait pas de lignes directrices claires concernant sa surveillance et sa réévaluation, et il n'indiquait pas quand il fallait faire un dégagement de l'appareil et changer la position de la personne résidente ni la fréquence à laquelle effectuer ces deux tâches.

Lors de l'examen des mentions figurant sur la feuille de soins concernant la contention (Formulaire de vérification quotidienne des contentions) utilisée par les PSSP, l'inspectrice n° 592 a remarqué de nombreuses omissions dans la documentation au cours d'un mois spécifique pour la personne résidente n° 033. La documentation se lisait comme suit lors d'une période spécifique pour la personne résidente n° 033 :

- On remarquait que l'on avait surveillé la personne résidente toutes les heures pendant 12 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que l'on avait surveillé la personne résidente toutes les heures pendant 7 quarts de travail du soir sur 19,
- on remarquait que le retrait de l'appareil de contention toutes les deux heures lorsque la personne résidente n° 033 était réveillée était documenté pendant 13 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que le retrait de l'appareil de contention toutes les deux heures lorsque la personne résidente n° 033 était réveillée était documenté pendant 7 quarts de travail du soir sur 19,
- on remarquait que le changement de position de la personne résidente n° 033 toutes les deux heures pendant qu'elle était réveillée était documenté pendant 8 quarts de travail de jour sur 19,
- on remarquait que le changement de position de la personne résidente n° 033 toutes les deux heures pendant qu'elle était réveillée était documenté pendant 8 quarts de travail du soir sur 19,
- le moment du recours à l'appareil de contention était documenté pendant 6 jours sur 19, et le retrait de l'appareil, y compris le moment où cela se produisait était documenté pendant 3 jours sur 19,
- l'évaluation, la réévaluation et la surveillance de la personne résidente, y compris ses réactions, étaient documentées pendant 12 jours sur 19, et pendant 7 soirs sur 19.

3. Les 19 et 27 avril 2016, on a observé la personne résidente n° 010 dans son fauteuil roulant avec une ceinture de siège aux fins de contention.

Lors d'un examen de l'évaluation du système RAI-MDS daté d'une date spécifique, à la section P4, appareils et contentions, on indiquait que la personne résidente n° 010 utilisait des côtés de lit, et l'on ne mentionnait aucun autre type d'appareil mécanique pour elle.

Un examen du programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle ne se déplaçait plus et que l'on avait évalué qu'elle devait porter un type spécifique de ceinture abdominale quand elle était dans son fauteuil roulant afin de l'empêcher de faire une chute.

Lors d'une date identifiée, au cours d'une entrevue avec le conjoint/la conjointe de la personne résidente, il/elle a dit à l'inspectrice n° 592 avoir donné au foyer son consentement à ce que son conjoint/sa conjointe utilise le type spécifique de ceinture abdominale, parce que cette personne avait tendance à glisser hors du fauteuil roulant en essayant de se lever toute seule. Il/elle a dit de plus à

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée***

l'inspectrice n° 592 que son conjoint/sa conjointe avait subi une blessure, et que depuis lors on avait essayé des solutions de rechange, mais que la dernière ressource consistait à utiliser le type spécifique de ceinture abdominale. Il/elle a déclaré de plus à l'inspectrice n° 592 que son conjoint/sa conjointe devait garder l'appareil en place tout le temps quand cette personne était dans le fauteuil roulant. Il/elle a dit à l'inspectrice n° 592 que la routine consistait à installer son conjoint/sa conjointe dans le fauteuil roulant avant le petit déjeuner, fauteuil où il/elle restait jusqu'à l'après-midi quand les membres du personnel le/la mettaient au lit. Il/elle a alors ajouté que les membres du personnel levaient son conjoint/sa conjointe dans l'après-midi et qu'on l'amenait à la salle à manger pour le dîner, mais qu'il/elle ne savait pas exactement à quelle heure on mettait au lit son conjoint/sa conjointe.

Lors d'une date identifiée, au cours d'une entrevue avec la PSSP n° 140, elle a confirmé à l'inspectrice n° 592 que la personne résidente n° 010 est tous les jours en fauteuil roulant et nécessite un type spécifique de ceinture abdominale attachée en tout temps, autrement elle essaierait de sortir du fauteuil roulant et ferait une chute. La PSSP a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que l'on transférait la personne résidente dans le fauteuil roulant avant le petit déjeuner, et qu'elle restait ensuite en fauteuil roulant jusqu'à l'après-midi. La PSSP a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que quand elle finit son quart de travail, le personnel du soir levait la personne résidente, la mettait dans le fauteuil et l'amenait ensuite à la salle à manger pour le dîner. La PSSP a indiqué que la personne résidente faisait l'objet d'une surveillance toutes les deux heures et que le personnel était censé remplir la section concernant la contention dans le logiciel de leur ordinateur ainsi que dans un cartable qui se trouvait au poste infirmier. Lors de l'examen du « Formulaire de vérification quotidienne des contentions » avec la PSSP n° 140, l'inspectrice n° 592 a remarqué de nombreuses omissions dans la documentation. La PSSP n° 140 a confirmé qu'il arrivait de temps en temps que l'on oublie certains jours de mentionner par manque de temps l'heure à laquelle on avait eu recours à la ceinture abdominale.

Le 28 avril 2016, lors d'une entrevue, l'IA n° 142 a confirmé à l'inspectrice n° 592 que l'on mettait habituellement au lit la personne résidente n° 010 dans l'après-midi en fonction des activités offertes par le foyer.

On levait la personne résidente et on l'installait dans le fauteuil roulant avant le petit déjeuner, puis on la mettait au lit vers 19 heures. L'IA a de plus confirmé que la personne résidente nécessitait un type spécifique de ceinture abdominale attachée en tout temps quand elle était dans le fauteuil roulant.

Le programme de soins de la personne résidente n° 010 indiquait le type d'appareil de contention utilisé, mais il ne fournissait pas de lignes directrices claires en matière de surveillance de la personne résidente et de réévaluation, et il n'indiquait pas non plus quand il fallait faire un dégageement de l'appareil et changer la position de la personne résidente, ni la fréquence à laquelle effectuer ces deux tâches.

Lors de l'examen des mentions figurant sur la feuille de soins concernant la contention (Formulaire de vérification quotidienne des contentions) utilisée par les PSSP, l'inspectrice n° 592 a remarqué de nombreuses omissions dans la documentation au cours d'un mois pour la personne résidente n° 010.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

La documentation se lisait comme suit lors d'une période spécifique pour la personne résidente n° 010 :

- on remarquait que l'on avait surveillé la personne résidente toutes les heures pendant 4 quarts de travail du soir sur 26,
- on remarquait que le retrait de l'appareil de contention toutes les deux heures lorsque la personne résidente n° 010 était réveillée était documenté pendant 5 quarts de travail du soir sur 26,
- on remarquait que le changement de position de la personne résidente n° 010 toutes les deux heures pendant qu'elle était réveillée était documenté pendant 6 quarts de travail du soir sur 26,
- le moment du recours à l'appareil de contention était documenté pendant 13 jours sur 26, et le retrait de l'appareil, y compris le moment où cela se produisait était documenté pendant 6 jours sur 26,
- l'évaluation, la réévaluation et la surveillance de la personne résidente, y compris ses réactions, étaient documentées pendant 4 soirs sur 26.

Lors d'une entrevue, la directrice des soins (DDS) a dit à l'inspectrice n° 592 que la totalité des PSSP et du personnel autorisé était au courant qu'il fallait documenter le moment du recours à l'appareil, du dégagement, du retrait, ainsi que de la surveillance et des réactions de la personne résidente dans le « Formulaire de vérification quotidienne des contentions ». La DDS a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que les membres du personnel avaient reçu une formation annuelle sur le recours aux dispositifs de contention, y compris sur la documentation de ce recours, et que l'on avait fait de la surveillance individuelle avec les membres du personnel. La DDS a examiné, avec l'inspectrice n° 592, la documentation concernant la surveillance des contentions, et a confirmé qu'il y avait des omissions dans la documentation pour les personnes résidentes n° 040, 033, et 010 : le moment où le recours à la contention a eu lieu, le changement de position de la personne résidente, le retrait et le dégagement de la ceinture abdominale de contention ainsi que la surveillance des réactions de la personne résidente au recours aux dispositifs de contention, par conséquent, elle a été incapable de déterminer si le personnel se conformait aux exigences.

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que chaque utilisation d'appareil mécanique pour maîtriser une personne résidente aux termes de l'article 31 de la Loi est documentée en indiquant notamment le nom de la personne qui a eu recours à l'appareil et le moment où le recours à l'appareil a eu lieu, tout évaluation, réévaluation et surveillance, y compris les réactions de la personne résidente, tout dégagement de l'appareil et tout changement de position, et le retrait ou l'abandon de l'appareil, notamment le moment où cela s'est produit. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 6 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 129 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Entreposage sécuritaire des médicaments**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 129 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui réunit les conditions suivantes :

- (i) il est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes**
 - (ii) il est sûr et verrouillé,**
 - (iii) il protège les médicaments de la chaleur, de la lumière, de l'humidité ou d'autres conditions environnementales de façon à conserver leur efficacité,**
 - (iv) il est conforme aux instructions du fabricant relatives à l'entreposage de médicaments;**
- Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).**

b) les substances désignées sont entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 129 (1).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes.

Le 26 avril 2016, l'inspectrice n° 211 a observé que le réfrigérateur à médicaments verrouillé dans le poste infirmier du troisième étage contenait différentes sortes d'insuline et les aliments suivants :

- un contenant de pâtes,
- un contenant avec des quartiers d'orange épluchés,
- un avocat.

Une entrevue avec l'IAA n° 107, l'IAA n° 114 et la DDS a confirmé que l'on ne devrait pas entreposer des aliments dans le réfrigérateur à médicaments, et que seuls les médicaments et les fournitures y afférentes devraient être gardés dans le réfrigérateur à médicaments.

Le 26 avril 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué une barre de chocolat dans le casier à médicaments de la personne résidente n° 049 et un boîtier vide pour les prothèses auditives de la personne résidente n° 050 dans le chariot à médicaments du troisième étage.

Une entrevue de l'IAA n° 107 révélait que l'on conservait les prothèses auditives de la personne résidente n° 050 dans le casier à l'intérieur du chariot à médicaments quand la personne résidente ne les portait pas.

Une entrevue avec la DDS a révélé que le foyer a l'habitude de conserver les prothèses auditives et les lunettes des personnes résidentes dans un compartiment distinct du chariot à médicaments.

Une entrevue avec l'IAA n° 107 et la DDS a confirmé que l'on ne devrait pas entreposer la barre de chocolat de la personne résidente dans le chariot à médicaments. [Disposition 129 (1)a)ii]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les substances désignées soient entreposées dans une armoire distincte, verrouillée à double tour et fixée en permanence dans l'endroit verrouillé, ou dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments verrouillé.

Le 26 avril 2016, l'inspectrice n° 211 a remarqué que douze plaquettes alvéolaires de substances désignées étaient placées à l'extérieur d'un endroit distinct verrouillé du dernier tiroir du chariot à médicaments verrouillé.

Une entrevue de l'IAA n° 107 révélait qu'elle avait enlevé toutes les plaquettes alvéolaires de substances désignées qui se trouvaient dans un endroit distinct verrouillé et les avait placées dans le dernier tiroir du chariot à médicaments verrouillé. Elle avait oublié de remettre toutes les plaquettes alvéolaires de substances désignées dans l'endroit distinct verrouillé du chariot à médicaments verrouillé.

Une entrevue avec l'IAA n° 107 et la DDS a confirmé que l'on doit conserver les substances désignées et les entreposer dans un endroit distinct verrouillé à l'intérieur du chariot à médicaments.
[Alinéa 129 (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que les médicaments sont entreposés dans un endroit ou un chariot à médicaments qui est réservé exclusivement aux médicaments et aux fournitures y afférentes, et que les substances désignées qui sont entreposées dans le chariot à médicaments sont entreposées dans un endroit distinct, également verrouillé, à l'intérieur du chariot à médicaments. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

**AE n° 7 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 130 du Règl. de l'Ont. 79/10.
Sécurité de la réserve de médicaments**

Art. 130. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que des mesures soient prises pour assurer la sécurité de la réserve de médicaments, notamment les suivantes :

- 1. Tous les endroits où sont entreposés des médicaments sont gardés verrouillés en tout temps quand ils ne sont pas utilisés.**
- 2. Seuls ont accès à ces endroits :**
 - i. les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer,**
 - ii. l'administrateur du foyer.**
- 3. Une vérification mensuelle des feuilles de calcul quotidien des substances désignées est effectuée afin de déceler tout écart et de prendre des mesures immédiates, le cas échéant. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 130.**

Faits saillants :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que seules les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer, et l'administratrice, aient accès à tous les endroits où sont entreposés des médicaments.

Le 26 avril 2016, l'inspectrice n° 211 a observé le réfrigérateur à vaccins qui se trouvait dans un bureau du deuxième étage en présence de deux préposés, la technicienne du programme de la qualité des soins et la préposée de l'unité.

Une entrevue avec l'IAA n° 107 et la coordonnatrice des services infirmiers a révélé que le bureau était occupé par deux préposées, et que le réfrigérateur à vaccins n'était pas entreposé dans un endroit auquel seules ont accès les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments. Le réfrigérateur contenait une fiole de tuberculine dérivée de protéines purifiées, un flacon de Pneumovax 23, deux fioles de vaccins tétaniques et diphtériques, trois boîtes d'Influvac, et trois boîtes de fioles de Fluad.

La DDS a confirmé que seules les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments au foyer doivent avoir accès à l'endroit où l'on entrepose des médicaments. [Par. 130.2]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement visant à assurer que le réfrigérateur à vaccins est entreposé dans un endroit auquel seules ont accès les personnes qui peuvent préparer, prescrire ou administrer des médicaments, et l'administratrice. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 8 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 13 du Règl. de l'Ont. 79/10. Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'un résident soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque résident. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 13.

Faits saillants :

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que chaque chambre à coucher occupée par plus d'une personne résidente soit dotée d'un nombre suffisant de rideaux de séparation pour assurer l'intimité de chaque personne résidente.

La personne résidente n° 037 réside en chambre à deux lits. Lors de l'observation des rideaux de séparation, l'inspectrice n° 592 a remarqué qu'il y avait un système de rails au plafond qui traversait les deux aires où se trouvaient les lits des personnes résidentes. À cause de cela, les rideaux de séparation ne pouvaient pas fermer correctement et laissaient une ouverture de quatre pouces environ lorsqu'ils étaient fermés, ce qui permettait de voir la personne qui partage la chambre. La personne résidente n° 037 a dit à l'inspectrice n° 592 que lorsqu'on prodiguait des soins personnels à la personne qui partageait la chambre, elle devait regarder dans une autre direction, autrement elle pouvait voir cette personne quand elle ne portait pas de vêtements.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

L'inspectrice n° 592 a observé que les chambres à deux lits n° 370, 378, 371, 374, 375, 311, 371, 325, 321 et 379 avaient la même disposition, avec un système de rails au plafond qui traversait les aires où se trouvaient les lits des personnes résidentes, et avec la même ouverture de quatre pouces environ entre les deux rideaux de séparation.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° 122 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'il y avait une ouverture de quatre pouces entre les rideaux de séparation quand elle prodiguait des soins aux personnes résidentes et qu'elle laissait les rideaux ainsi, car il n'y avait pas de processus en place pour fermer l'ouverture entre les rideaux. La PSSP a dit de plus à l'inspectrice que la personne résidente n° 047 dans l'autre unité avait demandé et reçu des épingles à linge pour veiller à ce que les rideaux soient correctement fermés afin d'assurer son intimité, mais qu'aucune autre personne résidente n'avait fait cette demande. La PSSP a dit à l'inspectrice n° 592 que si une personne résidente demandait une épingle à linge le foyer lui en donnerait une.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° 131 a dit à l'inspectrice n° 592 que les rideaux de séparation laissaient une ouverture à l'endroit où les rails au plafond traversaient les aires où se trouvaient les lits des personnes résidentes, et qu'elle ne connaissait pas de processus pour fermer l'ouverture entre les deux rideaux afin d'assurer l'intimité de la personne résidente.

Lors d'une entrevue, la personne résidente n° 047 a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle avait demandé à avoir une épingle à linge pour fermer ses rideaux de séparation afin d'assurer son intimité et d'avoir la certitude de ne pas être visible pour la personne qui partage la chambre. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 qu'il y avait un espace à cause du lève-personne quand on tirait les deux rideaux ensemble, et qu'elle n'avait pas d'intimité. Elle a indiqué qu'elle se sentait plus à l'aise depuis que l'on mettait l'épingle à linge.

Lors d'une entrevue, la personne résidente n° 048, qui est en chambre à deux lits avec un système de rails au plafond, a dit à l'inspectrice n° 592 que les membres du personnel lui prodiguaient des soins personnels au lit, et qu'elle avait le sentiment que l'on n'assurait pas son intimité pendant les soins à cause d'un espace entre les deux rideaux de séparation. La personne résidente a dit à l'inspectrice qu'elle aimerait que les deux rideaux soient étroitement liés pour favoriser son intimité par rapport à la personne qui partage la chambre.

Lors d'une entrevue, la DDS a dit à l'inspectrice n° 592 qu'elle n'était pas au courant que l'on ne pouvait pas fermer complètement les rideaux quand on utilisait le système de rails au plafond, et qu'aucun membre du personnel n'avait jamais mentionné qu'il y avait un problème d'intimité pour les personnes résidentes. Elle a dit de plus à l'inspectrice n° 592 que toutes les personnes résidentes devraient jouir de leur intimité pendant leur traitement et quand on prend soin d'elles, et que le foyer va mettre un processus en place sous peu. [Art. 13]

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 15 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le foyer, l'ameublement et le matériel sont toujours propres et sanitaires; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

b) le linge de maison et les vêtements de chaque résident sont recueillis, triés, nettoyés et livrés; 2007, chap. 8, par. 15 (2).

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état. 2007, chap. 8, par. 15 (2).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le matériel, comme l'équipement ambulatoire des personnes résidentes n° 002, 033 et 040 soit toujours propre et sanitaire.

Les 19 et 20 avril 2016, les inspectrices n°s 545 et 592 ont remarqué que les équipements ambulatoires suivants n'étaient pas propres ni sanitaires, et de nouveau le 26 avril 2016 quand l'inspectrice n° 545 les a de nouveau observés, l'état des équipements était inchangé.

Personne résidente n° 002

- l'appui-tête était taché et comportait une grande zone de matière sèche blanche du sommet à la base, ainsi que des débris de nourriture séchée sur le coussin du siège.

Personne résidente n° 033

- on a remarqué que les repose-pieds étaient sur le plancher sous l'évier et avaient des débris de nourriture séchée; le cadre du fauteuil roulant, les accoudoirs et l'assemblage de tubes sur lequel on devait insérer les repose-pieds étaient couverts de débris de nourriture séchée et d'accumulation de saletés. On a remarqué que la ceinture de siège avait des taches de matière blanche sèche.

Personne résidente n° 040

- les roues, le coussin du siège, le cadre, et le frein droit du fauteuil roulant, ainsi que l'assemblage de tubes sur lequel on devait insérer les repose-pieds étaient couverts de débris de nourriture séchée et d'accumulation de saletés.

Lors d'une entrevue, la PSSP n° 123 a indiqué qu'il incombait aux PSSP du quart de travail de nuit de nettoyer toutes les nuits l'équipement ambulatoire, et que conformément au calendrier de travail, on nettoyait chaque nuit dans chaque unité l'équipement ambulatoire de deux personnes résidentes. La PSSP a de plus indiqué que le personnel du soir sort l'équipement ambulatoire des chambres des personnes résidentes, les met dans le corridor, ensuite la PSSP de nuit apporte les équipements au spa du troisième étage pour les nettoyer. La PSSP a indiqué qu'on enlevait les housses de siège et qu'on les plaçait dans la machine à laver qui se trouve dans le spa, et que l'on enlevait ensuite à la brosse la saleté et les débris de nourriture en utilisant un désinfectant universel, de l'eau et une petite brosse, qu'elle a été incapable de trouver dans le spa ou dans la salle des produits dangereux. Elle a

indiqué qu'il incombait à la PSSP de signer le calendrier de nettoyage après avoir terminé le nettoyage.

L'IAA n° 138 a confirmé que l'équipement ambulatoire de la personne résidente n° 002 était sale, et l'IAA n° 114 a confirmé que l'équipement ambulatoire des personnes résidentes n° 033 et 040 était sale et non sanitaire, et ils ont indiqué que le nettoyage de l'équipement ambulatoire était prévu ce jour-là. [Par. 15 (2)]

**AE n° 10 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 79 de la LFSLD, 2007.
Affichage des renseignements**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (1).

Par. 79 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1) et (2) sont les suivants :

- a) la déclaration des droits des résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- b) l'énoncé de mission du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- c) la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 24; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- e) la marche à suivre du foyer de soins de longue durée pour porter plainte auprès du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- f) la marche à suivre écrite, fournie par le directeur, pour porter plainte auprès de lui, ainsi que ses nom et numéro de téléphone, ou les nom et numéro de téléphone d'une personne qu'il désigne pour recevoir les plaintes; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- g) un avis de la politique du foyer de soins de longue durée visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et la façon d'en obtenir une copie; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- g.1) une copie de l'entente de responsabilisation en matière de services au sens de l'article 21 de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* conclue entre le titulaire de permis et un réseau local d'intégration des services de santé; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- h) les nom et numéro de téléphone du titulaire de permis; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- i) une explication des mesures à prendre en cas d'incendie; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- j) une explication du plan d'évacuation; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**
- k) des copies des rapports d'inspection des deux dernières années à l'intention du foyer de soins de longue durée;**
- l) les ordres donnés par un inspecteur ou le directeur à l'égard du foyer de soins de longue durée qui sont en vigueur ou qui ont été donnés au cours des deux dernières années; 2007, chap. 8, par. 79 (3)**

- m) les décisions que la Commission d'appel ou la Cour divisionnaire a rendues au cours des deux dernières années aux termes de la présente loi à l'égard du foyer de soins de longue durée; 2007, chap. 8, par. 79 (3)
- n) le plus récent procès-verbal des réunions du conseil des résidents, avec le consentement de celui-ci; 2007, chap. 8, par. 79 (3)
- o) le plus récent procès-verbal des réunions, s'il y en a, du conseil des familles, avec le consentement de celui-ci;
- p) une explication des protections qu'offre l'article 26; 2007, chap. 8, par. 79 (3)
- q) les autres renseignements que prévoient les règlements. 2007, chap. 8, par. 79 (3).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis du foyer de soins de longue durée n'a pas veillé à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit du foyer bien en vue et facile d'accès, et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Au cours de la première visite du foyer le 18 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a remarqué que tous les renseignements exigés sont affichés dans le foyer à l'entrée avant, derrière une vitrine fixée au mur et verrouillée avec une clé. Il y a une note qui indique : « Pour consulter un document, veuillez vous adresser au comptoir d'accueil ».

La superviseure du service d'alimentation/responsable des programmes et des activités a indiqué à l'inspectrice n° 550 que la réception était ouverte du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 heures, et de 10 heures à 18 heures les fins de semaine. Toute personne désireuse d'avoir accès aux rapports après les heures d'ouverture quand le comptoir d'accueil est fermé doit demander à une infirmière de déverrouiller la vitrine fixée au mur.

Les renseignements exigés affichés dans le foyer ne se trouvent donc pas dans un endroit facile d'accès. [Par. 79 (1)]

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la déclaration des droits des résidents soit affichée dans un endroit bien en vue et facile d'accès, d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

D'après l'alinéa 79 (3)a) de la LFSLD, 2007, chap. 8, l'affichage de la déclaration des droits des résidents constitue une exigence.

Lors de la première visite du foyer le 18 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a remarqué que la déclaration des droits des résidents était affichée dans le hall principal. Elle a remarqué qu'il s'agissait de l'ancienne version comportant 19 droits et non pas de la nouvelle version qui en compte 27, conformément au paragraphe 3 (1) de la LFSLD 2007.

Le 21 avril 2016, l'inspectrice n° 550 a interrogé la superviseure du service d'alimentation/responsable des programmes et des activités qui était l'administratrice suppléante ce jour-là. Celle-ci a indiqué qu'elle n'était pas au courant qu'il existait une copie révisée de la déclaration des droits des résidents. [Alinéa 79 (3)a)]

**AE n° 11 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 85 de la LFSLD, 2007.
Sondage sur la satisfaction**

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 85 (4) (4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

a) les résultats du sondage sont documentés et communiqués au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un, pour leur demander conseil aux termes du paragraphe (3); 2007, chap. 8, par. 85 (4).

b) les mesures prises en fonction des résultats du sondage pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens qui y sont fournis sont documentées et mises à la disposition du conseil des résidents et du conseil des familles, s'il y en a un; 2007, chap. 8, par. 85 (4).

c) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est mise à la disposition des résidents et de leur famille; 2007, chap. 8, par. 85 (4).

d) la documentation qu'exigent les alinéas a) et b) est conservée au foyer de soins de longue durée et est disponible lors d'une inspection effectuée en vertu de la partie IX. 2007, chap. 8, par. 85 (4).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas communiqué au conseil des résidents les résultats du sondage sur la satisfaction pour lui demander conseil concernant le sondage.

Lors d'un examen du procès-verbal du conseil des résidents du 25 février 2016, on indiquait que les résultats du sondage sur la satisfaction avaient été communiqués dans un Bulletin distribué à chaque chambre de personne résidente. Le procès-verbal ne comportait aucune mention indiquant que le sondage avait été communiqué au conseil pour lui demander conseil à ce sujet.

Lors d'un examen du Bulletin (n° 1, novembre 2015) fourni par l'adjointe administrative n° 128, on documentait les résultats du sondage sur la satisfaction. L'adjointe administrative a ajouté que le Bulletin avait été déposé sur le bureau de chaque personne résidente à un certain moment en novembre 2015. Elle a indiqué de plus que les résultats n'avaient pas été communiqués au conseil des résidents.

Lors d'une entrevue, le président du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice que les résultats du sondage 2015 sur la satisfaction n'avaient pas été communiqués au conseil pour lui demander conseil.

L'assistante du conseil des résidents a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'il n'y avait pas eu de réunions du conseil des résidents de septembre 2015 à janvier 2016 à cause d'une épidémie de gale dans le foyer. Elle a indiqué de plus que les résultats du sondage sur la satisfaction n'avaient pas été communiqués au conseil des résidents pour lui demander conseil sur le sondage lors de la réunion du conseil du 25 février 2016. [Alinéa 85 (4)a]

AE n° 12 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 89 du Règl. de l'Ont. 79/10.

Services de buanderie

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 89 (1) Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) sont élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

(i) le linge de maison des résidents est changé au moins une fois par semaine ou plus souvent, au besoin,

(ii) les objets personnels et les vêtements des résidents sont étiquetés avec considération dans les 48 heures de leur admission ou de l'acquisition des vêtements, s'il s'agit de vêtements neufs,

(iii) les vêtements souillés des résidents sont recueillis, triés, nettoyés et leur sont livrés,

(iv) est prévu un processus qui permet de signaler et de retrouver les vêtements et objets personnels perdus des résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 89 (1).

Faits saillants :

1. Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 15 (1)b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) sont élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

(iv) est prévu un processus qui permet de signaler et de retrouver les vêtements et objets personnels perdus des résidents; Règl. de l'Ont. 79/10, par. 89 (1).

Une entrevue avec la personne résidente n° 027, le 19 avril 2016, a révélé qu'elle avait informé un membre du personnel des services de buanderie que des pantalons beiges avaient disparu il y avait un mois.

Une entrevue avec la surveillante du service de diététique et des programmes et surveillante intérimaire des services de buanderie, le 22 avril 2016, a révélé qu'elle n'était pas au courant ni informée que la personne résidente n° 027 s'était plainte à un membre du personnel de la buanderie que des pantalons beiges avaient disparu.

Une entrevue avec le membre du personnel de la buanderie n° 103 avait révélé qu'elle avait été informée un mois plus tôt, par la personne résidente n° 027, que des pantalons beiges avaient disparu. On avait effectué en vain le même jour une recherche pour retrouver les pantalons disparus, mais elle avait oublié d'en informer sa surveillante.

Une entrevue avec la surveillante intérimaire des services de buanderie a confirmé que le membre du personnel de buanderie n° 103 n'avait pas signalé la disparition des pantalons de la personne résidente n° 027 un mois auparavant, et que l'on n'avait pas suivi le processus de la politique relative aux vêtements ou articles disparus.

Un examen de la politique du foyer n° 500.11 intitulée « Signalement de vêtements ou d'articles perdus » datée d'octobre 2015, indiquait que si l'on ne trouvait pas un article, le personnel de la

buanderie devait en informer la surveillante des services de buanderie. La surveillante fait un suivi avec la personne résidente ou la famille.

Un examen de la politique du foyer n° 780.02 intitulée « Processus de traitement des plaintes ou commentaires » datée de juillet 2014, indiquait que la surveillante remplit et signe le formulaire intitulé « Processus de traitement des plaintes ou commentaires » avec la personne qui désire porter plainte.

La DDS a confirmé que la politique indiquait que le personnel qui n'a pas trouvé les vêtements d'une personne résidente qui ont disparu doit en informer sa surveillante pour remplir le formulaire « Processus de traitement des plaintes ou commentaires ». [Disposition 89 (1)a)iv]

Émis le 6 mai 2016

Émis le 10 août 2016 (A1)

Émis le 18 août 2016 (A2)

Signature de l'inspectrice ou des inspectrices

Original du rapport signé par l'inspectrice.



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Long-Term Care Division
Long-Term Care Inspections Branch

Division des foyers de soins de longue
durée

Direction de l'inspection des foyers
de soins de longue durée

Ottawa Service Area Office
347 Preston St, Suite 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Telephone : 613 569-5602
Facsimile : 613 569-9670

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
OTTAWA ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

Amended Public Copy/Copie du public modifiée

Nom des inspectrices (n°) :

JOËLLE TAILLEFER (211)
ANGÈLE ALBERT-RITCHIE (545)
JOANNE HENRIE (550)
MÉLANIE SARRAZIN (592)
JOANNE HENRIE (550) – A1

JOËLLE TAILLEFER (211) – A2

N° de l'inspection :

2016_289550_0015
2016_289550_0015 (A1)
2016_289550_0015 (A2)

Appel/Dir. N° :

Registre n° :

008281-16
008281-16 (A1)
008281-16 (A2)

Genre d'inspection :

Inspection de la qualité des services aux personnes
résidentes

Date(s) du rapport :

10 août 2016 (A1)
18 août 2016 (A2)

Titulaire de permis :

COMTÉS UNIS DEPRESCOTT ET RUSSEL
59, rue Court, Case postale 304, L'Original ON K0B 1K0

Foyer de SLD :

RÉSIDENCE PRESCOTT et RUSSELL
1020, boulevard Cartier, HAWKESBURY ON K6A 1W7

Nom de l'administrateur :

LOUISE LALONDE

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

À l'intention des COMTÉS UNIS DE PRESCOTT ET RUSSELL, vous êtes tenus par les présentes de vous conformer à l'ordre ou aux ordres suivants d'ici la ou les dates mentionnées ci-dessous :

Ordre n° : 001 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)b)

Aux termes de la :

LFSLD 2007, par. 8 (3), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements. 2007, chap. 8, par. 8 (3).

Ordre :

Le titulaire de permis doit rédiger, soumettre et mettre en œuvre un plan pour se conformer à l'exigence de veiller à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

Ce plan doit inclure toutes les stratégies de recrutement et de maintien en fonction du personnel, et le plan de dotation en personnel du foyer pour régler la question des remplacements afin de gérer l'absentéisme du personnel infirmier autorisé et de veiller à ce qu'une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé soit sur les lieux en tout temps.

Ce plan doit être soumis par écrit au plus tard le 19 mai 2016 à :
Joëlle Taillefer, inspectrice des FSLD par télécopie au 613 569-9670.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) qui est à la fois un employé du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer soit de service et présent au foyer en tout temps, sauf disposition contraire des règlements.

La Résidence Prescott et Russel est un foyer de soins de longue durée de 146 lits.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Un examen du planning du personnel infirmier autorisé de la Résidence Prescott et Russel pour la période du 3 janvier au 27 février 2016, et une entrevue avec la surveillante des soins infirmiers indiquaient que les quarts de travail suivants étaient mentionnés comme n'ayant pas d'IA présent(e) au foyer :

5 janvier 2016, quart de travail du soir de 15 h à 23 heures,
21 et 28 janvier 2016, quart de travail de nuit, de 23 h à 7 heures,
5, 8 et 9 février 2016, quart de travail de nuit, de 23 h à 7 heures,
27 février 2016, quart de travail de jour de 7 h à 15 heures, et de nuit de 23 h à 7 heures.

Le paragraphe 45 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10 indique que l'on entend par « situation d'urgence » une situation imprévue de nature grave qui empêche une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de se rendre au foyer de soins de longue durée.

Une entrevue avec la préposée d'unité n° 147 a révélé qu'aucune des absences n'était due à une situation d'urgence. Les quarts de travail susmentionnés concernaient des vacances d'IA, une fin de semaine de congé ou un appel pour prendre un congé de maladie plus de 13 heures avant le début du quart de travail.

Une entrevue avec la surveillante des soins infirmiers a révélé qu'il n'y avait pas d'IA au foyer pendant les quarts de travail susmentionnés. La surveillante a de plus indiqué à l'inspectrice n° 211 que les quarts de travail susmentionnés n'étaient pas considérés comme des urgences en rapport avec une situation imprévue.

La portée et la gravité de cette non-conformité ont été examinées. La totalité des quarts de travail mentionnés était surtout des quarts de travail de nuit. L'absence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé, qui connaît bien les personnes résidentes hébergées dans le foyer de soins de longue durée, constitue potentiellement un risque pour la sécurité des personnes résidentes, et a une incidence sur chaque personne résidente du foyer.

Cette constatation de non-conformité concerne deux plaintes ayant les n^{os} de registre 002306-16 et 005255-16, relatives à des problèmes de dotation en personnel. [Par. 8 (3)]

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :

29 août 2016

31 octobre 2016 (A2)

Ordre n° : 002 **Genre d'ordre :** Ordres de conformité, alinéa 153 (1)b)

Aux termes du :

Règl. de l'Ont. 79/10, par. 9 (1), le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes :

1. Toutes les portes donnant sur un escalier et toutes celles donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, doivent être, à la fois :

- i. gardées fermées et verrouillées,
- ii. dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps,
- iii. dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui :

A. soit est branchée sur le système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel,

B. soit est branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte.

1.1 Toutes les portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents.

2. Toutes les portes donnant sur les aires non résidentielles doivent être dotées de verrous pour empêcher leur accès non supervisé par les résidents et elles doivent être gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

3. Les verrous sur les portes de chambre à coucher, de salle de toilette, de cabinet d'aisances ou de salle de douche doivent être conçus et entretenus de sorte qu'ils puissent être aisément désengagés de l'extérieur en cas d'urgence.

4. Toutes les alarmes des portes donnant sur l'extérieur doivent être branchées sur une source d'alimentation de secours, sauf si le foyer n'est pas desservi par une génératrice, auquel cas le personnel du foyer surveille ces portes conformément aux marches à suivre énoncées dans les plans de mesures d'urgence du foyer. Règl. de l'Ont. 79/10, art. 9; Règl. de l'Ont. 363/11, par. 1 (1) et (2).

Ordre :

Le titulaire de permis doit veiller à ce que :

1. Toutes les portes accessibles aux personnes résidentes qui donnent sur l'extérieur du foyer doivent être gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et dotées d'une alarme sonore selon ce qui est prescrit.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

2. La porte principale (intérieure) du foyer doit être branchée sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel ou branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel qui lui-même est branché sur le poste infirmier le plus proche et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à la porte. La porte principale doit être dotée d'une alarme qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation;
3. La porte donnant sur la salle de physiothérapie doit être gardée fermée et verrouillée quand cet endroit n'est pas sous supervision immédiate afin d'empêcher l'accès des personnes résidentes à cette aire non résidentielle.

Motifs :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à se conformer à la règle suivante : toutes les portes donnant sur l'extérieur du foyer, à l'exception des portes donnant sur des aires sécuritaires à l'extérieur qui empêchent les résidents de sortir, y compris les balcons et les terrasses, ou des portes auxquelles les résidents n'ont pas accès, étaient dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui était branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, comme la porte principale du foyer.

Les portes principales d'entrée et de sortie donnant sur la rue Cartier et le terrain de stationnement se trouvaient dans la zone du hall. On gardait la porte intérieure fermée et verrouillée, et la réceptionniste faisait entrer les personnes résidentes et les visiteurs en appuyant sur un bouton sous le comptoir d'accueil. Un code d'accès identifié par le clavier numérique qui se trouvait près de la porte principale était visible et utilisé par les personnes résidentes et les visiteurs quand la réceptionniste n'était pas disponible, par exemple du lundi au vendredi de 19 h à 8 h 30, et le samedi et le dimanche entre 19 h et 11 h. La porte intérieure donnait sur un vestibule et la porte extérieure du vestibule donnait sur l'extérieur. La porte extérieure du vestibule était gardée fermée et non verrouillée. On remarquait dans le vestibule un bouton vert avec un écriteau portant la mention « appuyer sur le bouton vert pour déverrouiller la porte ».

La porte intérieure (porte principale) est le point d'activation de l'alarme en place pour la sortie principale du foyer.

Le 25 avril 2016, l'inspectrice n° 545 a entré le code d'accès dans le clavier numérique près de la porte d'entrée principale, au bout de 54 secondes l'alarme a retenti et s'est arrêtée après quelques secondes. La réceptionniste n° 135 assise au comptoir d'accueil près de la porte d'entrée principale a indiqué à l'inspectrice qu'elle avait annulé l'alarme en appuyant sur un bouton qui se trouve sous le comptoir d'accueil. Elle a de plus mentionné que ce bouton déverrouillait la porte, et annulait également l'alarme. Elle a indiqué que l'on pouvait aussi annuler l'alarme au point d'activation en entrant le même code d'accès que celui que l'on utilise pour sortir par la porte. L'inspectrice a déclenché l'alarme de la porte une deuxième fois, et a été incapable d'annuler l'alarme au point d'activation. Le membre du personnel du service d'entretien n° 102 est arrivé à la porte principale et a essayé d'annuler l'alarme au point d'activation en entrant le code d'accès, mais en a été incapable. La porte est restée verrouillée et l'alarme a continué de sonner. Lorsqu'un visiteur dans le vestibule a appuyé sur le bouton vert afin de déverrouiller la porte pour

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

entrer dans le foyer, la porte d'entrée principale s'est déverrouillée et l'alarme a alors été annulée. On a déterminé qu'au moment de l'observation, à part d'utiliser le bouton du comptoir d'accueil, pour annuler l'alarme de la porte principale, le personnel devait sortir du bâtiment par une autre porte, puis entrer dans le vestibule et appuyer sur le bouton vert pour annuler l'alarme et déverrouiller la porte.

La réceptionniste n° 135 a indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elle annulait l'alarme de la porte principale plusieurs fois par jour à l'aide du bouton situé sous le comptoir d'accueil. Elle a ajouté qu'elle avait essayé par le passé d'utiliser le code d'accès au point d'activation, et qu'elle avait remarqué que cela ne fonctionnait pas. Elle a indiqué de plus que quand elle quittait le comptoir d'accueil pendant la journée, personne ne la remplaçait pendant son absence.

Le membre du personnel du service d'entretien n° 102 a indiqué à l'inspectrice que l'alarme de la porte principale n'était pas branchée sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ni à un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte. Il a indiqué qu'il croyait que le son s'entendait partout au rez-de-chaussée, ainsi qu'au deuxième étage. L'alarme a retenti une nouvelle fois, et le membre du personnel du service d'entretien et l'inspectrice ont quitté l'entrée principale pour aller vers le poste infirmier le plus proche situé à côté de la salle de physiothérapie, et près de l'Unité Spence, et ils entendaient à peine le son de l'alarme. L'inspectrice n° 592 qui se trouvait au deuxième étage donnant sur la rue Cartier n'a pas entendu l'alarme de la porte principale.

L'administratrice a expliqué que le foyer n'avait pas considéré la porte principale comme une porte donnant sur l'extérieur, parce qu'elle ne donnait pas immédiatement et directement sur l'extérieur à cause du vestibule qui se trouvait entre les portes intérieure et extérieure. Par conséquent, on n'avait pas branché l'alarme de la porte principale au système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ni à un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à la porte. L'administratrice a indiqué de plus qu'elle ne savait pas que la porte principale n'était pas dotée d'une alarme qui permettait d'annuler les appels seulement au point d'activation, elle savait toutefois que la réceptionniste annulait l'alarme à l'aide du bouton situé au comptoir d'accueil.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes du foyer, en particulier les portes du sous-sol qui donnent sur l'extérieur fussent gardées fermées et verrouillées, dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branché sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ou branché sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, car les personnes résidentes ont accès à cette aire non résidentielle du foyer.

L'inspectrice n° 545 a été informée que le sous-sol était une aire non résidentielle du foyer, et que l'on ne pouvait y accéder qu'en entrant un code d'accès sur un clavier numérique qui se trouve dans l'ascenseur. On a également informé l'inspectrice que l'on ne donnait pas le code d'accès ni une clé magnétique aux personnes résidentes.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Le 20 avril 2016, les inspectrices n^{os} 592 et 545 ont examiné l'ascenseur n^o 1 : l'inspectrice n^o 592 était au troisième étage et l'inspectrice n^o 545 était au sous-sol. L'inspectrice n^o 545 a appelé l'ascenseur n^o 1 à partir du sous-sol en appuyant sur le bouton comportant une flèche dirigée vers le haut. L'inspectrice n^o 592 attendait dans l'ascenseur n^o 1, au troisième étage; la personne résidente n^o 031 est entrée dans l'ascenseur et a appuyé sur le bouton du premier étage. L'ascenseur est descendu au premier étage, la personne résidente est sortie de l'ascenseur, un membre d'une famille est entré dans l'ascenseur et cette personne a indiqué qu'elle allait au troisième étage. Après avoir appuyé sur le bouton du troisième étage, un voyant rouge s'est allumé sur le bouton; le bouton du sous-sol n'était pas allumé pour indiquer que l'ascenseur s'y rendait. L'ascenseur est descendu au sous-sol, qui est une aire non résidentielle du foyer, et les portes se sont ouvertes. L'inspectrice n^o 545 a observé cette aire non résidentielle du foyer et a remarqué qu'il y avait quatre portes non verrouillées qui donnaient sur l'extérieur, que le personnel utilisait pour entrer et sortir du foyer.

La personne résidente n^o 036 a indiqué à l'inspectrice n^o 545 qu'elle utilisait régulièrement un ascenseur ou l'autre pour aller du troisième au premier étage, et qu'à maintes reprises elle se retrouvait au sous-sol sans avoir appuyé sur le bouton. Elle a de plus indiqué qu'une fois au sous-sol, la porte de l'ascenseur s'ouvrait sur le sous-sol et qu'à une occasion il n'y avait personne à l'extérieur de l'ascenseur, ce qui donnait accès à une aire interdite au public.

La personne résidente n^o 042 a indiqué à l'inspectrice n^o 545 qu'elle utilisait régulièrement un ascenseur ou l'autre pour aller du troisième étage au rez-de-chaussée pour les repas. Elle a indiqué qu'à maintes reprises, les ascenseurs descendaient au sous-sol sans que l'on ait appuyé sur le bouton, elle a ajouté que le personnel du service d'entretien lui avait dit que l'on donnait priorité à quiconque appelait l'ascenseur à partir du sous-sol. La personne résidente n^o 042 a indiqué de plus qu'à maintes reprises, lorsque les portes de l'ascenseur s'ouvraient au sous-sol il n'y avait personne à l'extérieur des portes de l'ascenseur, ce qui donnait accès à une aire interdite au public. La personne résidente a indiqué à l'inspectrice qu'elle connaissait le code d'accès de l'ascenseur pour se rendre au sous-sol, en ajoutant que même s'il n'était pas écrit c'était le même que celui des autres portes de sortie du foyer, pour lesquelles un autocollant comportant le code se trouvait juste au-dessous du clavier numérique. La personne résidente a de plus indiqué qu'elle s'était rendue toute seule au sous-sol, principalement pour parler au personnel de la buanderie concernant des problèmes au sujet de ses vêtements.

Au sous-sol, les portes suivantes qui donnaient sur l'extérieur du foyer étaient fermées, mais n'étaient pas verrouillées, elles n'étaient pas dotées d'un système de contrôle d'accès sous tension en tout temps, et elles n'étaient pas dotées d'une alarme sonore qui permet d'annuler les appels uniquement au point d'activation et qui est branchée sur le système de communication bilatérale entre les personnes résidentes et le personnel, ou qui n'était pas branchée sur un panneau de contrôle audiovisuel lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte et muni d'un interrupteur de réarmement manuel à chaque porte, car les personnes résidentes avaient accès à cette aire non résidentielle du foyer :

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

- a) Porte donnant sur une cage d'escalier qui donnait ensuite sur un ensemble de doubles portes extérieures au rez-de-chaussée. Il convient de remarquer qu'un écriteau rouge indiquant « cette porte est munie d'une alarme, utiliser en cas d'urgence seulement » était placé sur les doubles portes, mais quand l'inspectrice les a laissées ouvertes le 21 avril 2016 à 15 h 47, aucune alarme audible n'a été déclenchée. Cette porte extérieure donne sur le terrain de stationnement et la rue Cartier, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en utilisant une clé magnétique.
- b) La porte n° 051 était située près du couloir principal du sous-sol et donnait sur l'aire occupée par le personnel d'entretien, qui donnait ensuite sur une cage d'escalier et sur une porte extérieure au rez-de-chaussée. Cette porte extérieure donnait sur le kiosque du foyer et sur un ravin, ainsi que sur le terrain de stationnement et la rue Cartier, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer par la même porte, car elle était verrouillée.
- c) La porte de sortie n° 14 était située près de la salle du personnel on y avait accès par une porte fermée non verrouillée. Cette porte extérieure donnait sur un terrain de stationnement et sur la rue Spence, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en utilisant la clé magnétique, car la porte était verrouillée.
- d) La double porte de sortie n° 19 était située au fin fond du sous-sol près du quai de réception et d'expédition. Cette porte extérieure donnait sur un terrain de stationnement et sur la rue Spence, une rue passante. Une fois dehors, l'inspectrice a été incapable de rentrer, sauf en appuyant sur le bouton vert près de la porte pour alerter le personnel, car la porte était verrouillée.

Au cours d'une entrevue, le membre du personnel du service d'entretien n° 129, qui était l'un des plus anciens membres de ce service, a indiqué que la totalité des quatre portes susmentionnées, en particulier les portes du sous-sol donnant sur l'extérieur, était gardée fermées, mais pas verrouillées entre 20 h et 5 heures. Il a de plus indiqué qu'elles étaient dotées d'un système de contrôle d'accès, mais qu'il n'était pas sous tension en tout temps, seulement entre 20 h et 5 heures. Le membre du personnel du service d'entretien n° 129 a activé les alarmes de toutes les portes en présence de l'administratrice et de l'inspectrice en entrant un code d'accès dans une console située au poste infirmier/des PSSP, et l'on a entendu une alarme de porte audible. Pour annuler l'alarme, le membre du personnel du service d'entretien a entré de nouveau le même code d'accès dans la console située au poste infirmier/des PSSP. Il a confirmé que ces portes étaient branchées à un panneau de contrôle audiovisuel qui est lui-même branché sur le poste infirmier le plus près de la porte, mais que les portes n'étaient pas dotées d'une alarme de porte audible qui permettait d'annuler les appels seulement au point d'activation, et que chaque porte n'était pas dotée non plus d'un interrupteur de réarmement manuel.

L'absence de sécurité dans l'ascenseur et l'accès à des portes non verrouillées et non munies d'alarme constituent un risque potentiel pour les personnes résidentes du foyer. Ces portes du sous-sol se verrouillent effectivement de l'extérieur, ce qui ajoute un autre degré de risque, car les personnes résidentes pourront sortir par ces quatre portes, et néanmoins ne seront pas en mesure de revenir à l'intérieur du foyer. (545)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

2. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que toutes les portes donnant sur des aires non résidentielles soient gardées fermées et verrouillées quand elles ne sont pas supervisées par le personnel.

Le 18 avril 2016 à 9 h 39, pendant la première visite d'inspection, l'inspectrice n° 545 a observé la salle de physiothérapie du foyer (salle n° 1114) qui se trouve au rez-de-chaussée, à proximité de l'ascenseur, en face de la cafétéria (grande salle à manger) et dont la porte était ouverte et non verrouillée. Il n'y avait pas de personnes résidentes ni de personnel dans la salle au moment de l'observation. L'inspectrice a remarqué sur un comptoir une machine d'enveloppement humide chaud Hydrocollator en cours d'utilisation. L'extérieur de la machine était très chaud au toucher, et l'intérieur rempli d'eau très chaude contenait deux enveloppements chauds. On remarquait trois vélos stationnaires ainsi que des barres parallèles.

Lors d'une entrevue, l'assistante en physiothérapie a indiqué que la porte de la salle de physiothérapie devrait être fermée et verrouillée en tout temps quand la salle n'est pas utilisée, en raison des risques potentiels de blessure aux personnes résidentes, comme la machine d'enveloppement humide chaud Hydrocollator que l'on utilise toujours et dont la température de l'eau était de 160 degrés Fahrenheit (ou 71 degrés Celsius) quand on l'a prise avec le thermomètre du foyer en présence de l'inspectrice. L'assistante en physiothérapie a indiqué de plus que l'équipement de la salle présentait également des risques potentiels de blessure pour les personnes résidentes, il a ajouté que lorsqu'on n'utilisait pas la salle, la porte était toujours fermée et verrouillée.

La superviseure du service d'alimentation et superviseure intérimaire des services de l'environnement a indiqué que la salle de physiothérapie était dotée d'un verrou pour empêcher les personnes résidentes d'y avoir accès sans supervision, et qu'elle devrait être fermée et verrouillée quand on ne l'utilise pas.

La superviseure du service d'alimentation et superviseure intérimaire des services de l'environnement a indiqué que le sous-sol était une aire non résidentielle, et que les portes donnant sur cette aire étaient dotées de verrous pour empêcher les personnes résidentes d'y avoir accès sans supervision.

Les membres du personnel du service d'entretien n°s 102 et 129 ont indiqué que le sous-sol était une aire non résidentielle à laquelle le personnel accédait avec un code dans l'ascenseur ou par les escaliers. Ils ont indiqué que les personnes résidentes avaient effectivement accès au sous-sol principalement pour se rendre à la buanderie. Ils ont tous deux indiqué que la porte de l'atelier était gardée verrouillée afin d'empêcher que les outils disparaissent, mais aussi pour empêcher un accès non supervisé par les personnes résidentes quand le personnel n'assurait pas la supervision de l'atelier. Le membre du personnel du service d'entretien n° 129 a indiqué que de nombreux outils électriques étaient facilement accessibles dans l'atelier et pourraient constituer un risque de blessure pour les personnes résidentes.

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

Le 21 avril 2016 à 14 h 19, l'inspectrice n° 545 a remarqué que la porte de l'atelier de maintenance au sous-sol (n° 055) était ouverte et déverrouillée. Il n'y avait pas de membre du personnel dans la partie avant de l'atelier où des outils électriques étaient facilement accessibles. Il n'y avait personne dans le bureau à l'arrière de l'atelier, par conséquent la porte qui donnait sur l'aire non résidentielle n'était pas verrouillée et n'était pas supervisée par du personnel.

L'administratrice et la superviseure du service d'alimentation qui remplaçait la superviseure intérimaire des services de l'environnement ont indiqué à l'inspectrice n° 545 qu'elles étaient au courant que les personnes résidentes pouvaient arriver par inadvertance au sous-sol, qui est une aire non résidentielle, sans avoir entré le code d'accès dans l'ascenseur, par conséquent toute porte non verrouillée quand elle n'est pas supervisée par du personnel, n'empêcherait pas un accès non supervisé par les personnes résidentes, par exemple pour se rendre à l'atelier d'entretien. (545)

Vous devez vous conformer à cet ordre d'ici le :

31 août 2016
28 octobre 2016 (A1)

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007*, S.O. 2007, c.8

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉEXAMEN/L'APPEL**PRENDRE AVIS**

En vertu de l'article 163 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis peut demander au directeur de réexaminer l'ordre ou les ordres qu'il a donnés et d'en suspendre l'exécution.

La demande de réexamen doit être présentée par écrit et est signifiée au directeur dans les 28 jours qui suivent la signification de l'ordre au titulaire de permis.

La demande de réexamen doit contenir ce qui suit :

- a) les parties de l'ordre qui font l'objet de la demande de réexamen;
- b) les observations que le titulaire de permis souhaite que le directeur examine;
- c) l'adresse du titulaire de permis aux fins de signification.

La demande écrite est signifiée en personne ou envoyée par courrier recommandé ou par télécopieur au:

Directeur

a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
1075, rue Bay, 11^e étage
Toronto ON M5S-2B1
Télécopieur : 416 327-7603



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

Les demandes envoyées par courrier recommandé sont réputées avoir été signifiées le cinquième jour suivant l'envoi et, en cas de transmission par télécopieur, la signification est réputée faite le jour ouvrable suivant l'envoi. Si le titulaire de permis ne reçoit pas d'avis écrit de la décision du directeur dans les 28 jours suivant la signification de la demande de réexamen, l'ordre ou les ordres sont réputés confirmés par le directeur. Dans ce cas, le titulaire de permis est réputé avoir reçu une copie de la décision avant l'expiration du délai de 28 jours.

En vertu de l'article 164 de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel, auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé, de la décision rendue par le directeur au sujet d'une demande de réexamen d'un ordre ou d'ordres donnés par un inspecteur. La Commission est un tribunal indépendant du ministère. Il a été établi en vertu de la loi et il a pour mandat de trancher des litiges concernant les services de santé. Le titulaire de permis qui décide de demander une audience doit, dans les 28 jours qui suivent celui où lui a été signifié l'avis de décision du directeur, faire parvenir un avis d'appel écrit aux deux endroits suivants :

À l'attention du registraire
Commission d'appel et de
révision des services de santé
151, rue Bloor Ouest, 9e
étage Toronto (Ontario)
M5S 2T5

Directeur
a/s du coordinateur des appels
Direction de l'inspection des foyers de soins de
longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée 1075, rue Bay, 11^e étage
Ontario ON M5S 2B1
Télécopieur : 416 327-7603



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée**

Order(s) of the Inspector

Pursuant to section 153 and/or
section 154 of the *Long-Term Care
Homes Act, 2007, S.O. 2007, c.8*

Ordre(s) de l'inspecteur

Aux termes de l'article 153 et/ou
de l'article 154 de la *Loi de 2007 sur les foyers
de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8*

La Commission accusera réception des avis d'appel et transmettra des instructions sur la façon de procéder pour interjeter appel. Les titulaires de permis peuvent se renseigner sur la Commission d'appel et de révision des services de santé en consultant son site Web, au www.hsarb.on.ca.

Émis le 6 mai 2016

Émis le 10 août 2016 (A1)

Émis le 18 août 2016 (A2)

Signature de l'inspectrice :

Nom de l'inspectrice :

JOËLLE TAILLEFER
ANGÈLE ALBERT-RITCHIE
JOANNE HENRIE
MÉLANIE SARRAZIN
ANGÈLE ALBERT-RITCHIE – ()
JOANNE HENRIE – ()
MÉLANIE SARRAZIN – ()
JOANNE HENRIE – (A1)

JOËLLE TAILLEFER – (A2)

Bureau régional de services : Ottawa